

DES
FISTULES GASTRO-INTESTINALES
SPONTANÉES
AU COURS DU CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 février 1917

PAR

Jacques EYCHNER

Né à Novo-Radomsk (Pologne russe), le 4 juillet 1885

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PERPIGNAN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		TEDENAT, Professeur.		
		FORGUE, Professeur.		
		LAGRIFFOUL, Agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdauson

1917



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0069

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

DES
FISTULES GASTRO-INTESTINALES
SPONTANÉES

AU COURS DU CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 février 1917

PAR

Jacques EYCHNER

Né à Novo-Radomsk (Pologne russe), le 4 juillet 1885

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PERPIGNAN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.
TEDENAT, Professeur.
FORGUE, Professeur.
LAGRIFFOUL, Agrégé.

} *Assesseurs.*


MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1917



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL (*).	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, professeur, <i>président</i> .	MM. FORGUE, professeur
TEDENAT, professeur.	LAGRIFFOUL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'en entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MA FILLE MIREILLE

J. EYCHNER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il nous a fait
en nous inspirant notre sujet de thèse.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HOPITAL COCHIN
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BABINSKI

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

A la Mémoire de mon regretté Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

J. EYCHNER.

DES

FISTULES GASTRO-INTESTINALES

SPONTANÉES

DU CANCER DE L'ESTOMAC

HISTORIQUE

Parmi les complications survenant chez un malade atteint de cancer de l'estomac, il en est une qui, *a priori*, semblerait heureuse comme résultat, puisque les thérapeutes, séduits par l'amélioration qu'elle paraît apporter, aident dans certains cas à sa réalisation.

C'est l'isolement de la tumeur siégeant le plus souvent au niveau du pylore, par l'abouchement direct de l'estomac avec l'intestin, la *gastro-entéro-anastomose*.

Pendant longtemps, le résultat des nécropsies ou l'observation patiente des faits au cours de l'évolution de cette maladie avaient permis de voir ou de diagnostiquer que chez certains cancéreux la nature capricieuse procédait par un lent et minutieux travail à cette fistulisation.

Depuis, la radioscopie et la radiographie ont permis, d'une façon extemporanée, de mieux voir et, par conséquent, d'apporter un nouveau contingent d'observations à celles publiées jusqu'ici. C'est grâce à elles, d'ailleurs, qu'un cas de ce genre a été observé dans le service de M. le professeur Rauzier, un cas qui nous a paru assez séduisant pour nous donner l'occasion d'étudier, après nos nombreux devanciers, cette question des fistules gastro-intestinales spontanées au cours du cancer de l'estomac.

Le premier travail d'ensemble, compulsant les traités ou écrits publiés durant une période de trois cents ans, fut publié par Murchinson en 1858 ; il réunit seulement six cas de fistules *gastro-cutanées* produites par le cancer.

D'autres, après lui, mentionnent cette particularité.

Quant aux observations qui nous intéressent particulièrement, concernant les fistules gastro-intestinales, on trouve tout d'abord le travail publié par Murchinson dans l'*Edinburg medical journal* de 1857. Plus récemment, Bouveret publia dans le *Lyon Médical* (1896), une observation commentée et très complète.

En 1897, son élève Bec publie sa thèse, dans laquelle il donne un aperçu général sur les fistules gastro-coliques ; il note que, sur quarante-huit cas où la maladie a débuté par l'estomac, trente-cinq fois la cause en était due au cancer.

Brinton est parvenu à réunir onze cas de fistules gastro-coliques de nature cancéreuse et un seul cas de fistule gastro-jéjunale. En 1903, Koch fait paraître un article sur cette question dans l'*Arch. für Verdauungskrankheiten*. En 1907, Chavanaz publie sa monographie dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, qui inspire son élève Lacoste (Thèse de Bordeaux, 1907-1908).

Dans le périodique allemand *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und der Chirurgie* de 1907 et 1908, on trouve aussi quelques publications relatives à notre sujet de Port et Reizenstein et de Thorspecken.

Le docteur Henri Roger, de Montpellier, publie un article avec observation dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, en juin 1909, qui a inspiré la thèse de Saucerotte (Montpellier, 1911-1912).

En 1911, nous trouvons encore l'intéressant article de Menuet, dans les *Archives d'électricité médicale*, concernant le radiodiagnostic de ces complications du cancer gastrique.

En 1912, Voorhoeve publie une étude sur le diagnostic clinique et radiologique des fistules gastro intestinales in *Nederlandsch Tijdschrift voor geneeshunde*.

En dernier lieu, nous citerons encore la thèse de Louis Devoisins sur la *Gastro-entérostomie spontanée* (Thèse de Montpellier, 1914).

Nous essayerons, après avoir donné une étude anatomopathologique de l'affection et du mécanisme de la perforation gastrique, d'en esquisser une étude clinique et radiologique plus complète.

Nous n'apporterons aucune étude de traitement ou de thérapeutique spéciale, car, à notre avis, la gastro-entérostomose est une évolution favorable de la néoplasie gastrique, toutes les indications opératoires dans ce stade avancé de l'affection convergeant vers la création d'une gastro-entérostomie chirurgicale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. MÉCANISME

I. — Un exposé rapide de la situation et des rapports de l'estomac nous semble utile pour l'étude de la question qui nous intéresse.

Situation. — L'estomac est situé à gauche et en haut dans la cavité abdominale et occupe une grande partie de l'épigastre et presque tout l'hypocondre gauche. Actuellement, la plupart des anatomistes s'accordent à reconnaître que sa situation est sensiblement verticale.

Rapport. — Par sa face antérieure, il est en rapport, en haut, avec le diaphragme et le bord du lobe gauche du foie ; en bas, avec la paroi abdominale, au niveau du triangle de Labbé. Par sa face postérieure, il est en rapport avec l'arrière-cavité des épiploons, et divers organes comme le rein, la rate, les capsules surrénales, le pancréas, le duodénum, le côlon transverse et son méso-côlon. De ce côté se feront donc les perforations qui nous intéressent, les fistules gastro-intestinales. D'après cette situation anatomique de l'estomac et ses rapports peu étendus avec le duodéno-jéjunum, on comprend le

peu de fréquence relative des communications gastro-intestinales.

La petite courbure est en contact avec le foie par l'intermédiaire de l'épiploon gastro-hépatique.

La grande courbure, en rapport avec le côlon en avant, donne insertion à l'épiploon gastro-colique ; à la partie moyenne de sa face postérieure, ses rapports s'établissent avec le côlon transverse et son mésocôlon ; avec la quatrième portion du duodénum et la première partie du jéjunum. En outre, l'angle duodéno-jéjunal de l'intestin grêle est fixé par le muscle de Treitz dans une position assez constante.

Toutes les variétés de cancer qu'on rencontre dans l'estomac peuvent être la cause de la perforation de ses parois : l'épithélioma cylindrique comme le carcinome encéphaloïde, squirrheux et colloïde.

La cause de la perforation est une ulcération du néoplasme, ulcération qui peut s'effectuer dans deux directions : soit vers la muqueuse — il n'y a donc rien à signaler pour la question qui nous occupe — soit vers le péritoine, produisant ainsi des communications avec la cavité péritonéale et les organes en rapport avec l'estomac.

Lorsque l'ulcération s'ouvre dans un péritoine sain, la résultante en est une péritonite généralisée (cas de néoplasmes de la face antérieure de l'estomac).

Lorsque l'ouverture se fait dans un péritoine cloisonné, il se produit alors une infection localisée, qui peut s'étendre vers l'extérieur et donner un abcès avec fistule s'ouvrant au niveau de la peau ou vers un organe de voisinage : foie, rate, rein, plèvre, poumon (cas du néoplasme du pylore ou de la petite courbure.)

Lorsqu'il y a cancer de la grande courbure qui favorise

la formation des adhérences gastro-coliques, il y a ouverture dans le côlon et fistules gastro-intestinales.

Ce sont surtout ces derniers cas seulement qui nous intéressent et dont nous allons nous occuper.

La communication débute habituellement par une *symphyse* inflammatoire ou de défense, entre la région malade de l'estomac et la région voisine de l'intestin; l'ulcération, se propageant ensuite de proche en proche, perfore la paroi stomacale, gagne la paroi intestinale, la perfore à son tour et la fistule se trouve ainsi réalisée.

Quant aux formes et aux dimensions de ces communications elles sont diverses. L'orifice est, en général, arrondi, mais quelquefois irrégulier; il peut être étroit, ne laissant passer que l'épaisseur d'un stylet, ou bien la perte de substance est si importante qu'un ou deux doigts peuvent être introduits; on a même constaté des cas où la perte de substance était énorme, suffisante pour admettre le poing (May).

Le trajet est tantôt direct, en entonnoir, tantôt c'est un long couloir tortueux avec coudures, d'où menace d'obstruction par bourgeons néoplasiques et gêne pour le passage du contenu gastrique, modifiant ainsi la symptomatologie.

Quant au siège de la communication, on l'observe généralement dans le voisinage du pylore ou au niveau de la grande courbure, rarement vers le fond de l'estomac.

Le plus souvent, la fistule gastro-intestinale est unique; dans le cas de l'abeck, on note cependant une fistule gastro-colique double, et Barlow a observé plusieurs ulcères de l'estomac communiquant l'un avec le duodénum, deux avec le côlon, un quatrième s'ouvrant dans une cavité limitée par des adhérences.

La communication s'effectue avec la région de l'intestin

la plus rapprochée, généralement avec le côlon transverse et surtout vers le milieu de cet organe, exceptionnellement au niveau des coudes. Dans les cas de fistules gastro-coliques on ne constate pas de lésions de voisinage, pas de péritonite circonscrite. Accidentellement, les adhérences gastro-coliques peuvent se rompre, l'ouverture se faire dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite septique d'emblée. Parfois, cependant, on observe en même temps que la fistule gastro-colique de la périgastrite avec abcès, et même ouverture à la peau.

Si la fistule présente un diamètre respectable, elle réalise au point de vue fonctionnel une gastro-entérostomie providentielle très favorable par ses adhérences inflammatoires avec l'intestin grêle, mais désastreuse dans les cas de communication gastro-colique : les aliments ne passent que rarement ou pas du tout par le duodénum, ils passent directement de la cavité stomacale dans le gros intestin ; l'intestin grêle, s'atrophiant par insuffisance fonctionnelle, présente alors une longueur et un calibre très réduits (grosueur du petit doigt dans le cas de M. Bouveret).

II. — Quel est le mécanisme de ces perforations ? Il semble résider dans deux facteurs : 1° *l'ulcération du néoplasme* d'une part, et 2° *les phénomènes inflammatoires de défense* d'autre part.

Pour le professeur Dieulafoy, c'est plutôt l'ulcère de l'estomac (sur lequel le cancer ne fait que se greffer) qui donne la perforation gastrique. M. Tournier (*in Lyon médical*, janvier 1897) et Berrier pensent que c'est l'ulcère envahissant qui a créé la perforation et que le cancer

n'y est pour rien. Ils se basent sur les symptômes d'ulcère très fréquents dans le passé des cancéreux gastriques, sur la constatation à la surface stomacale des cicatrices guéries d'anciens ulcères, sur les dimensions larges des perforations qui sont évidemment dues à un ulcère (le cancer ne donnant qu'une petite perforation).

C'est là, nous semble-t-il, une opinion trop exclusive, car nombreux sont les cas de perforation où on ne trouve pas de traces d'anciens ulcères. D'après Bec, le cancer donne trois fois plus souvent que l'ulcère des fistules gastro-coliques : 35 fois pour le cancer, 12 fois pour l'ulcère. D'après H. Saucerotte (Thèse de Montpellier, 1912), le cancer est le facteur étiologique le plus important, puisqu'il se retrouve environ dans 66 pour 100 des cas, tandis que l'ulcère dans 19 pour 100. Les cancers peuvent donc donner des perforations des tuniques digestives.

« Les tumeurs des muqueuses, dit le professeur Tripiér, arrivent presque toujours à l'ulcération, au moins sur un point et souvent sur une portion assez étendue, comme on a si souvent l'occasion de le voir au niveau des épithéliomes de la muqueuse stomacale, par suite de l'altération des vaisseaux de la sous muqueuse, qui ne tarde pas à se produire sous l'influence de l'envahissement de cette région par les néo-productions, soit secondairement, soit primitivement.

» Lorsqu'on examine une ulcération de ce genre, on trouve... la muqueuse détruite dans ses parties les plus superficielles ou en totalité, suivant la profondeur de l'ulcération, qui peut encore gagner les parties sous-jacentes jusqu'à produire la destruction complète de la paroi stomacale ; de sorte que la perte de substance, toujours plus ou moins irrégulière, peut atteindre les divers tissus sous-

jacents qui ont contracté des adhérences avec l'estomac à ce niveau. »

L'ulcération du cancer doit donc être considérée comme *l e point initial* des lésions et la réaction inflammatoire qui se développe dans le voisinage est la cause de toutes les lésions anatomo-pathologiques qui se produisent.

Le cancer de l'estomac s'ulcère donc de l'intérieur vers l'extérieur. C'est d'ailleurs là encore le résultat d'une infection secondaire de la masse néoplasique, infection créée et entretenue par l'ulcération de la paroi stomacale cancéreuse et par sa perforation.

Cette perforation, très petite au début, s'obstrue facilement par un bourgeon néoplasique ou par des débris alimentaires et ne laisse ainsi qu'une communication intermittente ou partielle. Ensuite, les phénomènes inflammatoires peuvent s'accroître en même temps que les causes de l'ulcération septique et amener l'établissement d'une communication plus ou moins importante de ces deux parties du tube digestif avec, comme résultat clinique : disparition quasi spontanée de certains symptômes et amélioration notable dans l'état général (observation I).

Les phénomènes de la propagation de l'ulcération à la paroi du côlon est un fait purement inflammatoire et nullement néoplasique, comme le fait remarquer M. Tripiër. Jamais, en pareil cas, les bourgeons néoplasiques n'envahissent l'intestin, c'est donc là une preuve de mécanisme non néoplasique de toutes ces déformations.

Statistique. Le cancer de l'estomac qui est une affection assez fréquente de l'âge mûr ou de la vieillesse, exceptionnel chez l'enfant où les observations se comptent, présente rarement la fistulisation comme complica-

tion. Ainsi, Chavanaz; en 1907, n'en réunit que 38 cas. Diettrich, sur 160 néoplasies gastriques, n'a rencontré que 6 fistules, ce qui donne une fréquence de 3,75 pour 100. Brinton a observé cette complication 11 fois sur 507 autopsies de cancer d'estomac (2,77 pour 100). Les statistiques de Mathieu, à l'hôpital Saint-Antoine donnent : 1° pour une période de 8 années 3 perforations sur 575 cancers (0,52 pour 100) ; 2° pour une deuxième période de 2 années, 6 perforations sur 135 cancers (4,4 pour 100).

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite. — Recueillie dans le service de M. le professeur Rauzier par
Mlle M. Giraud, interne des hôpitaux.)

Ch... Emile, 50 ans, entonneur, entre dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Castan, lit n° 10, le 21 août 1916. Ce malade nous raconte que, depuis plusieurs mois, il souffre de l'estomac, n'a pas d'appétit, digère mal et maigrit. A bout de forces, il s'est vu obligé, ces derniers temps, d'abandonner son travail et c'est alors seulement qu'il s'est décidé à venir à l'hôpital.

La maladie date du mois de janvier 1916. Bien portant jusque là, n'ayant dans ses antécédents qu'une fièvre indéterminée à l'âge de vingt ans, grand buveur et grand fumeur, mais toujours petit mangeur, Ch... a commencé à cette époque à éprouver quelques douleurs gastriques survenant après les repas et durant, parfois, une ou deux heures. Ces paroxysmes n'ont pas tardé à se rapprocher et à augmenter de durée et d'intensité. La douleur, lancinante et parfois atroce, que le malade compare à la brûlure d'un fer rouge, occupait la région de l'estomac, irradiant vers le dos et surtout vers l'épaule gauche. Chaque prise alimentaire était suivie de douleurs vio-

lentes. Déjà gênée par la douleur, l'alimentation était rendue encore plus difficile par une absence complète d'appétit, allant même, vis-à-vis de certains aliments tels que la viande, jusqu'à un véritable dégoût. En outre, des vomissements répétés, glaireux et souvent alimentaires achevaient d'épuiser le malade qui maigrissait rapidement. Il n'y eut jamais ni hémâtémèse, ni mélæna,

Jusqu'à la fin du mois d'avril, la situation alla en empirant constamment. A ce moment, Ch... qui souffrait de façon continuelle, vomissait et s'alimentait à peine, pesait 54 kilos 500 au lieu des 72 kilos qu'il pesait avant sa maladie, et n'était plus capable d'aucun travail. C'est alors qu'une détente se produisit assez rapidement dans son état. Les vomissements cessèrent tout d'un coup et n'ont jamais reparu depuis, sauf de façon tout à fait exceptionnelle. Les douleurs, en même temps, s'atténuèrent, le dégoût alimentaire fut moins marqué, et l'alimentation redevint possible, si bien qu'en un mois le poids du malade passa de 54 kilos 500 à 59 kilos. Cette amélioration se maintint et Ch... put reprendre son travail. Mais, peu à peu, les douleurs reparurent et, lorsque le malade entra à l'hôpital, elles ont repris leur ancienne acuité, avec cette différence cependant que la crise douloureuse ne paraît plus en rapport direct avec l'alimentation, qu'elle survient à n'importe quel moment, la nuit en particulier, et que, parfois même, les douleurs sont calmées par l'ingestion d'un repas léger. L'anorexie persiste, seuls les vomissements n'ont pas reparu.

Telle est la situation, le 21 août, lorsque Ch... entre à la salle Castan. C'est un malade très amaigri, à la figure creuse, au teint très pâle et presque cireux, aux téguments décolorés, aux muqueuses exsangues. La langue est légèrement saburrale. L'inspection montre un abdomen un

peu ballonné et sous les fausses côtes gauches une voussure très nette. Il n'y a pas de circulation complémentaire, l'abdomen est souple et ne contient pas de liquide, mais on sent très aisément sous le rebord costal du côté gauche une néoplasie volumineuse et dure qui déborde même la ligne médiane et occupe tout le creux épigastrique. Il s'agit, selon toute apparence, d'une tumeur gastrique de la grande courbure ayant infiltré jusqu'au pylore toute la paroi antérieure de l'estomac. Le palper réveille quelques douleurs, la tumeur paraît régulière et assez lisse. Le foie est de dimensions normales, le ganglion de Troisier n'existe pas.

Il y a un très léger œdème des membres inférieurs, bilatéral, non douloureux, et probablement d'origine cachectique.

Rien d'anormal du côté des divers viscères. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Devant l'étendue de la lésion et l'impossibilité de toute action chirurgicale utile, on se borne à tenter le traitement de la tumeur par la radiothérapie. Un résultat remarquable fut obtenu dès la deuxième séance : la disparition à peu près complète des douleurs. Mais au bout de deux mois celles-ci reparurent, et le malade, découragé, quitta l'hôpital, où il fut impossible de le retenir.

Pendant son séjour, une radiographie très intéressante fut faite par M. le docteur Suquet. A défaut d'une certitude absolue pour laquelle il aurait fallu des études radiologiques plus complètes auxquelles le malade se refusa à cause de la perturbation que lui causait l'ingestion de bismuth nécessaire, cette radiographie nous soumet une hypothèse d'autant plus intéressante qu'elle jette un jour remarquable sur l'histoire clinique que nous venons d'exposer. Nous y voyons tout d'abord une énorme lacune de

la région prépylorique de la grande courbure qui est en rapport avec l'existence d'une néoplasie volumineuse à ce niveau. En outre, le contour gastrique paraît manquer de netteté en un point de cette région, et l'on a l'impression, sans pouvoir cependant affirmer une certitude, qu'il paraît exister une communication entre l'estomac et l'une des anses intestinales voisines. Cette hypothèse radiologique d'une gastro-entérostomie spontanée n'a pu être vérifiée par la radioscopie, mais elle cadre de façon très intéressante avec l'histoire clinique : disparition des vomissements, atténuation des douleurs, amélioration de l'état général, survenues sans cause appréciable au bout de quatre mois, et rappelant tout à fait les résultats obtenus chez des malades de cet ordre par la gastro-entérostomie.

Observation II

(Résumée)

(Louis Devoisins. Thèse de Montpellier, 1914.)

Virginie G..., âgée de 49 ans, entre dans le service de médecine le 7 février 1914, pour troubles digestifs datant des mois d'août-septembre 1913. On note des crises douloureuses épigastriques, des vomissements fréquents mettant fin à ces crises. Pas d'hématémèse, ni de méléna ; constipation opiniâtre ; appétit conservé mais capricieux ; asthénie, coloration jaune paille des téguments. Les matières vomies présentent une odeur aigrelette et butyrique ; on y trouve des fragments d'aliments non digérés. La viande surtout semble être demeurée intacte. L'épreuve de Weber des matières vomies et des selles est négative. A l'examen physique on trouve, dans la région costo-

xyphoïdienne et à droite de la ligne médiane, une tumeur dure, étendue, adhérente aux plans sous-jacents.

A la pression, douleur sourde ; pas de clapotement, matité à la percussion, pas d'ascite.

A l'examen chimique on note une hypoacidité complète, absence d'acide lactique. Rien aux autres organes.

Radiodiagnostic. — Estomac plutôt en cornemuse à direction horizontale ; la petite courbure présente une image lacunaire formant deux digitations vers la lumière stomacale ; la grande courbure est peu limitée à la partie la plus inférieure, l'ombre du bismuth n'étant pas nettement tranchée, et présente une solution de continuité inexplicable. Le pylore semble imperméable et immédiatement en avant de lui on note une brusque dilatation ampullaire. On en déduit l'existence d'une tumeur carcinomateuse envahissant les deux courbures. Vingt minutes plus tard, les dimensions et la direction de l'estomac restent les mêmes, mais on observe, appendue à la grande courbure, et à l'endroit même où elle était interrompue, une ombre formée de deux parties divergentes : l'une courte de 3 à 4 centimètres dirigée vers la droite ; l'autre, plus longue, se perdant dans une masse opaque après un trajet de 15 à 20 centimètres, dirigée vers le bas, et à bords entaillés et comme pennés. Ces dentelures sont dues vraisemblablement aux valvules de Kerkring ; on est donc en présence d'une portion d'intestin grêle : le jéjunum. Le plus court de ces deux diverticules est, lui, formé par la quatrième partie du duodénum. Il faut donc conclure que le pylore étant imperméable, l'intestin grêle s'est rempli par une ouverture autre que le pylore. La radioscopie permet de suivre sur l'écran la progression de la potion bismuthée, qui s'effectue par une fistule gastro-jéjunale ; on observe, en outre, que la poche gastrique est

en communication directe avec l'intestin par où s'évacue, tout au moins en majeure partie, la cavité stomacale, la voie pylorique étant oblitérée.

La malade sort de l'hôpital le 28 avril. Son état est amélioré. Au mois de juin, son état est sensiblement le même qu'à son départ de l'hôpital.

Observation III

(Dr Douarre, *Archives d'électricité médicale*, mars 1913.)

Le malade, docteur P..., âgé de 73 ans, présente, depuis quatre ans, des troubles digestifs accompagnés par intervalles de crampes douloureuses, et attribués par lui à la présence d'un tænia dont il était porteur. Depuis deux ans, le malade suit un régime des plus sévères, mais ces crises douloureuses ne font que s'accroître, deviennent plus aiguës, et s'accompagnent de vomissements ; constipation ; pas de mélæna ; perte de 11 kilogrammes sur le poids normal. Au mois de mai dernier, M. P... fut pris, pendant la nuit, d'une crise particulièrement atroce. « avec sensation d'une brûlure au fer rouge, d'un véritable écartèlement » au niveau de l'estomac, qui durait pendant quatre à cinq heures ; mais le malade s'aperçut, durant les quelques mois qui suivirent cette crise, que les crampes douloureuses avaient perdu sensiblement de leur acuité ; que l'état général même s'était quelque peu relevé.

Entré à l'hôpital six mois après cette crise suraiguë, il présente : un appétit conservé ; de la douleur après les repas ; du clapotement gastrique ; le matin, une sensibi-

lité sourde au niveau de l'ombilic ; pas de tumeur ou induration palpable.

Radioscopie. — L'estomac paraît normal comme situation, forme et mode de remplissage. Le bas-fond descend au niveau de l'ombilic ; il n'y a ni biloculation, ni irrégularité, ni zone lacunaire. Contractions péristaltiques vives dans la zone prépylorique, contractions qui n'arrivent pas, pendant la durée de l'observation (cinq minutes), à faire franchir le pylore par aucune parcelle de bismuth ; brusquement, on perçoit une ombre diverticulaire triangulaire appendue à la face inférieure du cul-de-sac stomacal qui finit par se vider en partie ; le lait de bismuth venait de constituer, au bout de quelques instants, une véritable poche irrégulière sous jacente.

Il fallait donc admettre l'existence d'une communication de l'estomac avec une portion de l'intestin qui, après un examen plus approfondi, se confirmait comme appartenant à l'intestin grêle ; les données cliniques ne faisaient que confirmer ce diagnostic, car le malade, après cette crise suraiguë, avait vu son état général se relever sensiblement ; l'absence de lientérie établissait cliniquement la participation de l'intestin grêle au travail digestif. Une radiographie, faite six heures après, montrait les dernières parties de l'iléon dessinées par le bismuth, et deux autres radiographies, pratiquées vingt-quatre et quarante-huit heures après, permettaient de suivre nettement la progression du bismuth sur tout le trajet du gros intestin. On notait, en même temps, l'absence des traces de bismuth sur le trajet ordinaire du duodénum, bien que, vingt-quatre heures après l'ingestion, l'estomac en contient encore une certaine quantité (stase confirmée par l'examen clinique). Il semble donc que l'estomac se vide entièrement par cette gastro-entérostomie naturelle, l'évacuation

restant toutefois lente et n'apparaissant complète qu'après plus de vingt-quatre heures. Cette anastomose gastro-intestinale fonctionnait comme une véritable bouche musculaire, car elle ne livrait passage au contenu stomacal que sous l'influence de contractions et de malaxation. La cause de cette anastomose devait être une ulcération gastrique.

Observation IV

(Résumée)

(Docteur Fr. Menuet. *Archives d'électricité médicale*, 1911.)

M. Edmond T..., âgé de 24 ans, souffre depuis quatre ans de vomissements survenant d'abord une ou deux fois par semaine, ensuite devenant quotidiens, indolores, alimentaires. Apparaissent ensuite des douleurs sous forme de crampes qui sont calmées par les vomissements provoqués; ces derniers deviennent acides et bilieux; une fois cependant, pendant toute une journée, ils présentent une coloration « marc de café », mais jamais on ne constata du sang pur. Très constipé, pas de mélæna. L'appétit parfait, mais amaigrissement notable (108 livres à 80 livres dans l'espace de quelques mois).

Radioscopie du 4 mars 1911 :

1° Le fond de l'estomac est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

2° L'estomac non dilaté se remplit immédiatement par le bismuth, dans presque toute sa hauteur.

3° Contractions énergiques dans la région juxtapylorique en rapport avec un certain degré de sténose pylorique.

4° Au bout d'un certain temps on perçoit sur le bord

gauche de l'estomac une tumeur triangulaire à base gastrique, à sommet externe, faisant penser à un diverticule de l'estomac. Mais bientôt apparaît une boule noire qui descend très lentement dans un mouvement de progression vermiculaire vers le petit bassin. Une nouvelle tumeur, analogue à la première, apparaît au même endroit que celle-ci et disparaît de la même façon, et une nouvelle boule noire suit aussitôt le chemin de la précédente. Cela se reproduit pendant toute la durée de l'examen (environ une demi-heure). A la fin, il existait parallèlement au bord inférieur de l'estomac un long cordon moniliforme coloré en noir.

En contractant fortement la paroi abdominale, le malade soulevait, en même temps que son estomac, le cordon de bismuth qui semblait fixé par son extrémité supérieure à la grande courbure.

Le diagnostic confirmé par la radiologie fut dès lors facile : hyperchlorhydrie avec sténose pylorique et fistule gastro-colique qui semblait être située au niveau de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant.

Radioscopie du 6 mars 1911 :

L'écran montra aussitôt la présence du cordon de bismuth occupant exactement la même situation que le premier jour. Une nouvelle solution de bismuth gommée permit de réobserver à loisir le fonctionnement de la fistule gastro-colique.

Intervention chirurgicale du 11 mars 1911.

Gastro-entérostomie postérieure sans oblitération de la fistule spontanée, suivie d'une amélioration notable. Le malade a repris rapidement du poids, a engraisé de 10 livres (3 juin 1911).

Radioscopie après l'intervention, le 28 avril 1911.

Contractions prépyloriques énergiques. Le pylore est

légèrement perméable. La nouvelle bouche gastro jéjunale fonctionne parfaitement, l'estomac se vide lentement par cette nouvelle ouverture, l'ancienne fistule gastro-colique ne semble plus fonctionner, bien qu'elle n'ait pas été oblitérée au cours de l'intervention.

Radioscopie du 30 mai 1911 : -

Etat général notablement amélioré ; on constate les mêmes faits que le 28 avril : fonctionnement défectueux du pylore, évacuation régulière par la bouche gastro-jéjunale, suppression fonctionnelle de la fistule gastro-colique.

Conclusion. — La radioscopie gastrique a permis de faire un diagnostic précis d'une lésion que la clinique ne pouvait guère soupçonner.

Observation V

(Résumée)

(Dr H. Roger. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1909.)

Joseph R..., âgé de 51 ans, entre en février 1909 dans le service du professeur Carrieu, après avoir fait en août 1908 un court séjour dans le même service pour troubles dyspeptiques avec anorexie.

On note une diarrhée intense (sept à huit selles liquides par jour), pas d'hématémèse ni mélæna, ni vomissements, une asthénie marquée, anorexie intense, teint pâle ; on trouve par la palpation dans l'hypocondre gauche et à l'épigastre un plastron assez large. Pas de lientérie.

Le 16 mars au soir, le malade éprouve une douleur assez vive dans l'hypocondre droit et une brusque envie d'aller à la selle ; il essaye de se lever, a une lipothymie et souille le sol par une abondante selle de sang rouge.

Le 23 mars, deux nouvelles hémorragies abondantes de sang rouge. Le 1^{er} et le 4 avril, nouvelles selles abondantes de sang rouge. Mort le 7 avril.

Autopsie. — L'estomac sans adhérences, en position verticale, est occupé en grande partie par une volumineuse tumeur adhérente au côlon transverse et au pancréas. La grande courbure est noyée dans une autre masse qui la fait complètement adhérer au côlon transverse dont il est impossible de la séparer; le passage pylorique n'est que légèrement perméable. A la partie inférieure de l'estomac on constate entre plusieurs volumineux choux-fleurs une cavité anfractueuse, profonde, qui aboutit à une ulcération irrégulière du diamètre d'une pièce de un franc; celle-ci perfore totalement l'estomac et la paroi du côlon, établissant ainsi une communication entre les deux

Observation VI

Professeur Czerny *In Klinische Chirurgie von Heidelberg, 1900, supplément, p. 108.*)

Frantz K..., 40 ans, souffrait depuis neuf mois de douleurs de l'estomac. Il était constipé et maigrissait à vue d'œil.

En octobre 1899, les vomissements commencèrent, ils étaient le plus souvent fécaloïdes.

Les douleurs devinrent de plus en plus violentes.

Les selles deviennent régulières.

A l'examen du suc gastrique, on trouve que l'acide chlorhydrique a disparu.

On porte le diagnostic clinique de fistule gastro-

colique, probablement par suite de l'ouverture d'un cancer de l'estomac.

On pratique une opération. L'estomac fut trouvé uni fermement avec le côlon par d'épaisses masses inflammatoires.

On attire alors en dehors le côlon descendant et l'on établit une anastomose terminale entre le côlon transverse et le côlon descendant à l'aide du bouton de Murphy. Les extrémités du morceau d'intestin isolé furent liées et fermées avec des points à la Lembert.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent, pas d'amélioration.

Au quatrième jour, le collapsus arrive et le malade meurt.

Autopsie.— Cancer de la grande courbure avec communication dans le côlon transverse. Perforation de la paroi de l'intestin au niveau du bouton. Péritonite aiguë.

Observation VII

(G. Chavannaz. — Résumé.)

Sujet, âgé de 31 ans, se plaint depuis 18 mois de lassitude générale, d'anorexie, d'amaigrissement, de constipation opiniâtre et accuse quelques vomissements après les repas.

Le 10 septembre 1902 se produisent brusquement dans la nuit cinq vomissements noirs et fétides qui, dans la suite, se renouvellent tous les trois ou quatre jours.

Hospitalisé le 8 octobre 1902 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, on note en dehors d'une tuméfaction pro-

fonde à l'hypocondre gauche de la constipation opiniâtre. Le malade ne rend ni gaz ni selles par l'anus depuis plusieurs jours; par contre, il présente des vomissements fécaloïdes; température, 36°4; pouls, 72.

Les jours suivants, état stationnaire, vomissements pourtant plus abondants, liquides et de même aspect que les selles. Pas de lientérie; toucher rectal négatif.

Intervention. Laparotomie médiane le 16 octobre 1902. On trouve une tumeur siégeant sur le côlon traverse, à gauche de la partie moyenne, adhérant à la grande courbure ainsi qu'à une anse grêle. L'S iliaque est très atrophié. Le côlon ascendant normal, rapproché de l'S iliaque, on établit une large anastomose entre ces deux parties du gros intestin.

Résultat satisfaisant. Pas de vomissement pendant trois jours. Après, ils recommencent, mais sont arrêtés par un lavage de l'estomac. Pendant quelques jours, amélioration notable, l'appétit revient et alimentation solide possible, une selle liquide quotidienne.

Huit jours plus tard, nouveau vomissement fécaloïde et diarrhée, arrêtés pour trois jours par un lavage de l'estomac.

Mort le 31 octobre.

Autopsie. — Une tumeur réunit le côlon transverse à l'estomac. Communication de ces deux organes par une ouverture siégeant au niveau de l'antra pylorique, sur la grande courbure et ayant le volume d'un gros doigt, l'anse grêle accolée à la tumeur n'est pas envahie, elle constitue la partie initiale du jéjunum.

SYMPTOMATOLOGIE. — ÉVOLUTION

LA SYMPTOMATOLOGIE des perforations par cancer de l'estomac va, de même que l'anatomie pathologique des lésions, découler de deux ordres de faits : 1° de l'existence du cancer gastrique et 2° de la complication inflammatoire résidant dans la communication gastro-intestinale survenant plus ou moins brusquement.

Les malades offrent un tableau classique des cancéreux : perte d'appétit, amaigrissement parfois considérable, teint pâle, jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse. Ils racontent que, depuis quelques mois, ils souffrent de l'estomac, ils se plaignent d'anorexie, qu'ils maigrissent et se cachectisent. Bientôt, les vomissements s'installent, d'abord peu abondants et alimentaires, ensuite et, assez rapidement, les malades rejettent tout ou presque tout ce qu'ils prennent. Un dégoût électif pour la viande et pour les aliments gras s'observe souvent. Parfois, on note des signes de sténose pylorique avec dilatation consécutive de l'estomac et clapotement. L'alimentation devient de plus en plus difficile. Une adénopathie symptomatique est souvent à noter (ganglion de Troisier). Le vomissement de sang ou le mélena sont des signes plus graves, quoique pas obligatoires. Ils indiquent l'atteinte

d'un vaisseau gastrique par l'ulcération. On perçoit enfin une tumeur abdominale.

Parfois, cependant, le tableau n'est pas si classique, les symptômes moins significatifs et le diagnostic du cancer se confond avec celui d'un ulcère ancien. L'autopsie montre alors la nature cancéreuse de la lésion, probablement une transformation néoplasique d'une ulcération gastrique.

Survient après la complication ulcéro-inflammatoire — la fistule — qui peut se manifester de façons fort différentes.

Le plus souvent, elle se produit sourdement, lentement, sans donner lieu à des symptômes particuliers, permettant de penser à l'établissement d'une communication gastro-intestinale.

Dans d'autres cas assez nombreux, elle se produit brusquement, le malade accuse alors la sensation d'une douleur atroce de déchirement, d'un coup de poignard.

Parfois enfin, les signes sont vagues, le sujet accuse un malaise général et présente de la prostration, du péritonisme, des troubles cardiaques.

Il faut, au point de vue symptomatologique et pronostique, envisager deux cas distincts :

- a) Communication gastrique avec *le gros intestin* ;
- b) Communication gastrique avec une portion de *l'intestin grêle*.

Nous essayerons, dans notre étude, d'établir la différence entre les phénomènes qui accompagnent la formation de ces communications si différentes, et d'esquisser les éléments du diagnostic différentiel entre les fistules gastro-coliques, d'une part, et gastro-intestinales, d'autre part.

La gastro-entérostomie s'est donc établie spontanément ? A partir de ce moment, le malade ressent un

bien-être général, tous les symptômes s'atténuent, symptômes douloureux, comme symptômes fonctionnels ; les digestions et surtout l'assimilation se font dans des conditions plus favorables, presque normales. Le malade semble véritablement revivre, jusqu'au jour où l'évolution de la lésion causale le fait tomber dans une cachexie sans espoir. Tel est le tableau de l'établissement d'une fistule *gastro-intestinale* au cours du cancer gastrique.

Une triade des signes forme la base de la description classique des fistules *gastro-coliques* :

1° Vomissements fécaloïdes.

2° Lientérie.

3° La similitude des vomissements et des selles.

1° *Les vomissements fécaloïdes* s'observent fréquemment (dans 53 p. 100 des cas, en ne comptant que les cas où le caractère stercoral est absolument net) ; c'est là, par conséquent, un signe de grande valeur, quand il existe. C'est un symptôme de début, sinon le premier, et qui persiste parfois pendant toute l'évolution de la maladie ; il peut cependant disparaître quelquefois, pour reparaitre par la suite.

Le caractère des matières vomies est très variable : ce sont des matières fécales liquides, une bouillie brunâtre ; parfois surnagent des fragments solides ayant l'aspect des matières du gros intestin ; les malades disent « avoir vomi leurs excréments ».

D'ailleurs, le vomissement peut n'être pas du tout fécaloïde, simplement alimentaire, bilieux, sanguin ou même ne pas exister du tout.

Dans le cas de Bouveret, le malade n'avait jamais vomi (sauf un petit vomissement agonique), ou, comme dit Bouveret, « le malade vomissait dans son gros intestin ».

Au contraire, dans les cas des fistules qui font communiquer l'estomac avec une partie de l'intestin situé plus haut que le côlon (par exemple, avec la partie terminale du duodénum, ou avec le jéjunum, ou même avec une anse grêle), ce symptôme classique de fistules gastroduodénales, le vomissement stercoral, fait absolument défaut. Il est facile de comprendre pourquoi : le rôle physiologique de l'intestin grêle est la digestion et l'absorption ; seuls, les aliments passés dans l'intestin grêle subiront une digestion complète sous l'influence du suc pancréatique, de la bile et de l'entérokinase du suc intestinal. La suppression de ces sécrétions digestives donnera lieu, cliniquement, à des troubles considérables. On trouvera dans les fèces des fragments de viande non digérés, de l'amidon, de la graisse (éléments étiologiques du second symptôme de la lientérie). L'intestin grêle ne contenant pas de matières fécales, les vomissements stercoraux sont donc impossibles.

2° *La lientérie*. — C'est le passage dans les selles des aliments non digérés. C'est un symptôme qui est loin d'être constant, mais un signe important qu'il faut toujours rechercher avec soin, car il peut nous renseigner sur la dimension et la situation de la communication.

En effet, pour qu'il se produise, il faut une fistule perméable, suffisamment large et que son orifice gastrique siège près du pylore ou dans le voisinage du fond.

Aussi est-il bon de le rechercher, dans les cas douteux, par la méthode de Bouveret, en faisant ingérer au malade des substances facilement reconnaissables dans les selles, telles que pruneaux, vermicelles, etc.

Il faut se garder de confondre cette lientérie de la fistule gastroduodénale, lientérie pour ainsi dire physiologi-

que, organique, avec la lienterie nerveuse des hystériques, ou la lientérie due à des fermentations anormales de l'intestin ou aux catarrhes chroniques ; celles-ci n'ont pas le caractère permanent qu'on observe chez les porteurs de fistules.

Il est facile de concevoir que la lientérie va forcément manquer dans les cas de communication gastro intestinale, car, ici, les aliments ont subi une digestion à peu près complète et l'intestin a eu le temps d'exercer son action absorbante et de faire avorter les méfaits cachectisants de la lientérie.

3° *La similitude des vomissements et des selles* est facile à expliquer. La communication large entre l'estomac et l'intestin favorise les échanges entre le contenu de ces deux organes et la production d'un mélange mi fécaloïde, mi alimentaire. A l'occasion d'une contraction péristaltique de l'estomac, cette purée, plus ou moins épaisse et brunâtre, est chassée vers le pylore, le cardia et l'orifice de la fistule ; les vomissements stercoraux se produisent donc d'autant plus facilement que le pylore est moins perméable ; après un vomissement fécaloïde, le malade présente parfois, presque immédiatement, une selle diarrhéique présentant l'aspect des matières rejetées tout à l'heure par la bouche ; le contenu stomacal est ainsi chassé par les deux bouts à la fois, le retard virtuel de la selle n'est dû qu'à la distance plus longue du bout intestinal à l'orifice anal.

4° *Symptômes inconstants.* — Parmi les symptômes moins constants ou accessoires, il faut noter *une diarrhée* plus ou moins abondante et parfois incoercible, profuse, rebelle à toute médication, influencée par des

boissons ou des aliments liquides. Cette diarrhée fut, dans un cas de Bouveret, le signe qui le mit sur la voie du diagnostic de fistule gastro-colique chez un cancéreux.

La constipation opiniâtre paraît être assez fréquente dans les fistules gastro-coliques. Saucerotte l'a trouvée dans 24 cas sur 96.

Dans le cas de Lediard (*Medical Times and Gazette*, 1876), le malade n'aurait eu ni vomissements, ni diarrhée. Il y avait néanmoins, et l'autopsie l'a confirmé, communication gastro colique près du pylore. Dans l'observation de Bamberger (Virchow's, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, IV), l'auteur note l'absence absolue de vomissement stercoral, de diarrhée et de lientérie dans un cas de fistule gastro-colique. Dans le cas relaté par M. Aronsohn, à la Société de médecine interne (*Semaine médicale*, 1892, page 50; séance du 1^{er} février 1892), au nom de M. Israël, un porteur d'un carcinome ulcéré de l'estomac « communiquant directement avec le gros intestin auquel il était soudé », ne présentait pendant la vie ni douleurs, ni vomissements, ni hématomèse, et allait régulièrement à la garde-robe.

Au contraire, dans les cas de gastro-entérostomie spontanée, on observe presque exclusivement une constipation opiniâtre, sans rémission, et dans un cas (observation III), c'est même le seul symptôme ayant persisté après la sédation de tous les autres.

La soif intense, indice de la déshydratation rapide de l'organisme, qui accompagne la diarrhée profuse et la lientérie; *l'amaigrissement* impressionnant, dû plutôt à la lésion initiale, aggravée par la diarrhée rebelle, par l'anorexie et par la dénutrition rapide dont le malade est l'objet, manquent plus ou moins dans la gastro-enté-

rostomie spontanée. On note, même le plus souvent, une certaine amélioration de l'état général.

La cessation parfois brusque d'une douleur épigastrique ancienne ou de vomissements préexistants sont autant de signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

C'est ce qui se présentait dans le cas de Chavannaz (observation VII), où le malade avait semblé se rétablir, où les vomissements avaient disparu et où le sujet avait repris de l'appétit. C'était, hélas ! une *amélioration passagère*, car les vomissements reparurent et, après une nouvelle accalmie trompeuse, se produisit une recrudescence générale des symptômes, celle ci suivie de mort.

Dans notre observation première, cette disparition des phénomènes graves de dénutrition, suivie d'une amélioration notable de l'état général et d'augmentation du poids (5 livres dans l'espace de trente jours), est encore plus éloquente ; nous l'attribuons à la situation de la fistule qui est, selon toute probabilité, gastro-intestinale. Cette situation permet à l'intestin grêle d'effectuer son action digestive et absorbante d'une façon assez satisfaisante pour pouvoir éviter ainsi la cachexie menaçante.

Notre exposition symptomatologique serait incomplète si nous ne mentionnions la présence, dans certains cas, de *selles sanguinolentes* (Goodridge Henry, *The British Med. Journal*, 1890, et Walter Edmunds, *Saint-Thomas, Hosp. Reports*, 1884) ou des *selles de sang* (H. Roger, observation V). C'est un symptôme assez précieux, lorsqu'il existe, qui aide à la confirmation du diagnostic de néoplasme.

Il faut ajouter que, dans un certain nombre de cas, la formation ou l'existence d'une fistule peut passer parfaitement inaperçue. Ainsi, Chavannaz relève 4 cas sur 84 où la fistule est restée ignorée. (*Monographie, Revue de*

gynécologie, 1907). « Ces fistules latentes, dit il, sont assez exceptionnelles ».

Monod (à la Société anatomique de Paris, en 1877) rapporte un cas où l'existence d'une fistule gastro-intestinale fut une trouvaille d'autopsie. Dans l'observation de Lazarus (*Sitzung des Vereins für innere Medizin*, 1892), un cancer de l'estomac avec fistule gastro colique consécutive put évoluer sans fièvre, ni frisson, ni vomissement, ni douleur. Citons enfin le cas très significatif de Chappelt (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 1902), où on n'a jamais noté de vomissement, ni mélæna, pas d'odeur spéciale de l'haleine, ni lientérie-constipation.

5° *Signes physiques*. — On ne note pas d'*attitude spéciale* chez ces malades. Le palper nous renseigne sur l'existence d'une tumeur, mais cette constatation peut être rendue difficile au moment des vomissements, par la présence d'un météorisme abdominal plus ou moins prononcé. Le *signe de clapotage* qui a disparu brusquement, après avoir existé, est pour Bouveret un symptôme d'une certaine valeur.

Le *lavage de l'estomac*, lorsqu'il est pratiqué, peut mettre également sur la voie du diagnostic. On note que le liquide ne revient jamais très clair et revient toujours en quantité inférieure, une partie ayant dû glisser directement dans l'intestin par la fistule béante. L'expérience en sens inverse, *vomissement des lavements*, est aussi utile à ce point de vue.

Dans l'*analyse chimique* des fèces émises par un malade atteint de fistule gastro-colique, on note la présence de l'acide chlorhydrique, on y retrouve des matières non digérées ou des substances composant les repas

d'épreuve (lait coloré par l'éosine, additionné de lycopes, des mélanges gazoformatrices comme bicarbonate de soude et acide tartrique). Au contraire, tout cela est absent dans les cas de gastro entérostomie.

L'insufflation directe de l'estomac au moyen de l'acide carbonique ou de l'air, ou l'insufflation rétrograde par le rectum, pratiquée surtout par Ziemssen, dans sa clinique, est assez utile si le sujet se prête à cette forme d'investigation.

6° *Radiodiagnostic*. — Il reste enfin, comme procédé d'exploration, celui qui nous paraît être le procédé de choix : le radiodiagnostic.

Menuet, dans l'*Archive électrique*, 1912, rapporte une observation intéressante à ce sujet (observation IV). Dans le cas que nous publions (observation I), le malade a malheureusement refusé, à cause de la fatigue et de la répulsion que lui causait l'ingestion du bismuth nécessaire à l'examen, de subir une radioscopie complémentaire ; mais la radiographie avait déjà décelé la probabilité de l'existence d'une communication d'un point de la région pylorique avec une anse intestinale, constatation qui ne faisait, du reste, que confirmer le diagnostic clinique. Devoisin (*in* thèse de Montpellier, 1914) rapporte des clichés de Suquet tout à fait typiques.

Voici, d'après Voorhoeve (*in Nederlandsch Tijdschrift voor geneeshunde*, t. I, n° 11, traduit *in Semaine médicale*, 1912, p. 393), les manifestations radiographiques auxquelles on peut reconnaître l'existence de ces fistules.

« Le malade ayant absorbé une bouillie de bismuth, on constate tout d'abord que le contour de l'estomac offre des lacunes plus ou moins étendues ; elles existent, de préférence, du côté de la grande courbure, vers le grand

cul de sac et dans la région pylorique. La périgastrite concomitante se reconnaît à des ombres anormales, à l'immobilité de l'estomac pendant les grandes inspirations ou les contractions des muscles abdominaux et à la situation anormale de ses principaux points de repère. L'estomac n'est que peu ou pas rempli par le bismuth ; ce dernier peut se montrer à côté de l'estomac aussitôt après le repas et dans une région qui ne correspond pas au début de l'intestin grêle. La réplétion du cæcum et de l'anse sigmoïde, quelques heures seulement après l'absorption du bismuth, alors cependant que les parties les plus élevées du tube digestif en sont exemptées, est également en faveur d'une fistule. Par le palper, il est possible de déplacer le bismuth de l'estomac dans le côlon et vice-versa ; quand on a de la peine à différencier le côlon de l'estomac, on insuffle de l'air par le rectum. Après administration du bismuth en lavement, il arrive qu'il apparaisse bientôt après dans l'estomac ; dans ce cas encore, le palper permet quelquefois de déplacer le bismuth de l'un vers l'autre ; si, après un lavement, le bismuth se montre dans l'intestin grêle, on est en droit de déduire qu'il y est arrivé via l'estomac, vu qu'à l'état normal, il ne remonte généralement pas au-delà du cæcum. »

Il faut cependant insister sur ce fait qu'une *radiographie* seule ne peut entraîner de certitude.

D'où la nécessité de plusieurs épreuves radiographiques pour pouvoir fournir une interprétation donnant un diagnostic certain.

A son tour, la *radioscopie* doit venir au secours du clinicien, car elle permet d'une façon plus certaine et indubitable de savoir le mécanisme, la localisation exacte, la forme des lésions gastriques et l'importance de la communication établie.

Ainsi le radiodiagnostic qui, dans ces dernières années, est devenu d'une importance capitale dans la pratique médicale moderne, joue d'ores et déjà un rôle prédominant dans les recherches de troubles digestifs dus aux tumeurs et ulcères de l'estomac.

Cela ne veut pas dire que l'examen clinique doit être détrôné par la radiologie, nous rangeant à ce sujet à l'opinion de M. le professeur Beclère, qui dit : « La radiologie doit être la servante de la clinique et s'inspirer toujours des données fournies par sa sœur aînée. »

L'examen radiologique peut donc nous offrir les avantages suivants :

1. Etablissement du diagnostic dans les cas de fistules méconnues ;
2. Confirmation et précision sur le siège, étendue et forme de la communication dans les cas diagnostiqués.

PRONOSTIC

Le pronostic d'une gastro-entérostomie dépend essentiellement de l'affection causale qui a déterminé la fistule, du cancer de l'estomac par conséquent, dans les cas que nous étudions ici.

a) Dans les cas de fistules *gastro-coliques* l'état du malade ne peut que s'aggraver à cause des phénomènes essentiellement cachectisants, lientérie et vomissements stercoraux qui viennent s'ajouter à la lésion causale, la néoplasie.

Car cette dénutrition, après la création de la fistule,

devient brusque, et le malade succombe assez vite dans un état d'amaigrissement extrême, les os collés à la peau, les membres inférieurs présentant assez fréquemment la complication d'une phlegmatia alba dolens.

La survie est quelquefois à noter. Davies rapporte un cas où le malade vécut deux ans après l'établissement d'une communication gastro colique.

Murchinson cite un cas de guérison spontanée chez une jeune femme atteinte d'ulcère qui se compliqua d'une fistule. Lang (thèse de Moscou, 1895) rapporte un troisième exemple de guérison.

Il faut tenir compte alors de la résistance du sujet et de son état général.

b) Le pronostic devient beaucoup moins sombre et parfois même favorable dans les cas d'une fistule *gastro-intestinale* au cours d'un cancer, car en ce moment la tumeur néoplasique est dans un stade tellement avancé qu'on ne peut guère tenter une intervention curatrice, les tissus environnants étant envahis et des nodules métastatiques en état de formation. En outre, une sténose pylorique établie, due au volume de la tumeur, met un obstacle infranchissable au passage des aliments.

Toutes les indications thérapeutiques convergent alors vers une intervention palliative qui n'est autre qu'une gastro-entérostomie chirurgicale. Il est donc clair que lorsque cette gastro-entérostomie vient s'établir spontanément, il faut la considérer comme une intervention providentielle essentiellement favorable à l'évolution de la maladie ; c'est même la plus favorable des formes de la perforation gastrique, car elle peut demeurer durable et sans danger pour son porteur, contrairement aux fistules gastro coliques qui entraînent la désassimilation.

Comme nous le montrent les observations I à V, la gastro-entérostomie providentielle donne aux malades une véritable survie, influant favorablement sur leur état général et leur permettant une assimilation meilleure.

Ce pronostic favorable de la gastro-entérostomie spontanée ne doit pas, bien entendu, être un prétexte de temporiser, on ne doit pas compter sur elle lorsque le diagnostic du cancer de l'estomac est fait à temps et une intervention radicale indiquée ; il faut de toute nécessité traiter l'affection causale, l'extirpation complète du cancer dès que le diagnostic est établi.

CONCLUSIONS

I. La fistule gastro-intestinale spontanée est une complication favorable quoique rare au cours du cancer de l'estomac.

II. Cette complication, malgré le pronostic séduisant qu'elle apporte avec elle, est toujours un indice de la marche progressive du cancer vers l'ulcération inflammatoire.

III. La disparition des symptômes habituels au cours d'un cancer de l'estomac doit faire penser à cette complication.

IV. La radioscopie et le radiodiagnostic en général sont les moyens le plus efficaces pour venir aider et confirmer la certitude du diagnostic et ils permettent surtout de différencier la fistule gastro-colique de la gastro-entérostomie.

V. La gastro-entérostomie providentielle au cours du cancer de l'estomac constitue une complication favorable permettant une survie ; dans aucun cas il ne faut compter, au cours d'un néoplasme de l'estomac, sur sa réalisation plus ou moins précoce comme moyen thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAN. — Thèse de Paris, 1899.
ARONSOHN. — Semaine médicale, 1892.
BARLOW. — Manual of practice of med., 1856.
BEC. — Thèse de Lyon, 1897.
BERNIER. — Thèse de Paris, 1902.
BIER. — Congrès allemand de chirurgie, 1912.
BOGOLEPOFF. — *In* Thèse de Lang. Moscou, 1895.
BRECHOTEAU. — Thèse de Paris, 1911-1912.
BRINTON. — Maladies de l'estomac, 1908.
BOUVERET. — Lyon médical, mars 1896.
— Revue de médecine, 1879.
CHAVANNAZ. — Bul. Soc. de chirurg. de Paris, 7 février 1906.
— Revue gynéc. et chirurg. abdom., n° 2, 1907.
CAVAILLON. — Thérap. chirurg. du gros intest. Lyon, 1905.
CRUVEILHIER. — Traité d'anat. pathol. générale, 1852.
CZERNY. — Klinische Chirurgie von Heidelberg, 1900.
DEVOISINS. — Thèse de Montpellier, 1913-1914.
DIEULAFOY. — Leçons de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.
— Semaine médicale, janvier 1888.
DITTRICH. — Vierteljahresschrift für die prakt. Heilkunde, n° 1.
FABECK. — Edinburg med., juin 1858.
FREUDENBERGER. — Aertztliches Intelligenzblatt, 1879.
GILBERT. — Thèse de Paris, 1887.
GUILLE-DESBUTHES. — Thèse de Paris, 1903.
HANOT. — Presse médicale, 1895.
— Arch. génér. de médéc., 1889.
HAYEM. — Presse médic., 1897-1898-1901.

- HENTSCHEL. — Thèse de Wurtzburg, 1894.
HOLZKNECHT. — Arch. électr. médicale, 1913.
JAISSON. — Thèse de Paris, 1911-1912.
JULLIAN. — Thèse de Lyon, 1909.
KOCH (Ph.). — Archiv. für Verdauungskrankheiten, 1903.
KRONE. — Thèse de Kiel, 1897.
LAGOSTE. — Thèse de Bordeaux, 1907-1908.
LAZARUS. — Sitzung des Vereines für innere Medicin, 1872.
LABHARDT (A.). — Munchen Med. Woch., 1901.
LEDIARD. — Med. times and gaz. Lond., 1876.
LEJEUNE et MILANOFF. — Soc. anat. de Paris, II, 1900.
MARION. — Thèse de Montpellier, 1902.
MATHIEU (A.). — Traité, 1910.
MAY (F.). — Munchen Wochen., n° 21, 1890.
MENUET. — Arch. élect., 1912.
MURCHINSON. — The Lancet, 1864, trad. in Union médicale, Paris, 1864, 2° s. XXII, 506-510.
— Medical and chirurg. transaction, 1858.
OPPOLZER. — Wiener med. Presse, VIII, 1867.
PORT et REIZENSTEIN. — Mitteil. a. d. grensgeb. d. Med. u. Chirurgie, 1907, fasc. 5.
QUINCKE. — Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte. Basel, 1864.
ROGER. — Arch. d. malad. de l'app. dig. et de la nutr., 1909.
SAUCEROTTE. — Thèse de Montpellier, 1911-1912.
SCHULTZ. — Wien. Med. Blatt, 1896, XIX, 243.
SUQUET. — Revue d'électrologie et radiol. médic., janv. 1914.
TERRIER. — Bull. et Mém. Soc. chir., Paris, 1887, p. 353.
TOINON. — Thèse de Lyon, 1906.
TCURNIER. — Lyon médical, 1897.
TASI. — Gaz. med. ital. Lomb., Milano, 1855.
TRIPPIER. — Anatomie patholog.
UNRUH. — Deutsch. med. Woch. Leipsig u. Berlin, 1879.
VON SPRENGEL. — Congrès allemand de chirurgie, 1912.
VOORHOEVE. — Nederlandsch. Tijdschrift vorgeenees-hunde, t. I, n° 11, 16 mars 1912.
WALTER-ZWENS. — Wiener klinische Rundschau, 1900.
WILLICK. — Vierteljahreschrift f. die prakt. Heilk., 1853.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 13 février 1917.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 13 février 1917.
Le Doyen,
MAIRET.

